

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 309

Travail de la Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Bérard

Contribution à l'Etude
de l'Iléus Biliaire Aigu et de son Traitement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 12 Mai 1931

PAR

Vladimir VALKÉVITCH

Interne de l'Hôpital de Vienne

Né le 10 Septembre 1900 à BEREZINO (Russie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

Contribution à l'étude
de l'Iléus Biliaire Aigu et de son Traitement

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 309

Travail de la Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Bérard

Contribution à l'Etude
de l'Œléus Biliaire Aigu et de son Traitement

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 12 Mai 1931

PAR

Vladimir VALKÉVITCH

Interne de l'Hôpital de Vienne

Né le 10 Septembre 1900 à BEREZINO (Russie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	VALLAS
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	GOURMONT (P)
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *président* ; BONNET, *assesseur* ;
SANTY et GUILLEMINET, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE

En témoignage de ma reconnaissance infinie.

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA SŒUR LYDIA

A MES FRÈRES VICTOR ET BORIS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD
*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Commandeur de la Légion d'honneur*

Nous le remercions respectueusement du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET
*Chirurgien des Hôpitaux
Croix de Guerre*

Il nous a donné les observations rapportées dans cette thèse ; nous le remercions de son enseignement et de ses conseils. Profondément sensible à la bienveillance qu'il nous a témoigné et à l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé, nous l'assurons de notre bien vive reconnaissance.

Nous le remercions encore des soins qu'il a prodigués à mon frère avec tant de sollicitude.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

Chirurgien des Hôpitaux
Croix de Guerre

Par le spectacle journalier de ses hautes qualités chirurgicales, sa technique simple et rapide, il a développé en nous l'amour de son art.

Qu'il veuille bien trouver dans cette dédicace l'hommage de notre respectueuse gratitude, de notre dévouement et de notre profond attachement.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
BONNET ET SANTY

Nous les remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Avant-Propos

A la fin de nos études médicales, il nous reste un devoir bien doux à remplir en remerciant tous ceux dont nous avons suivi l'enseignement, ou qui nous sont venus en aide dans les circonstances difficiles.

Nous ne saurons oublier ici M. le Professeur Th. Whittemore, à qui nous adressons nos sincères et dévoués remerciements.

Le meilleur accueil nous a été réservé à la Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Bérard, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous lui présentons nos très respectueux hommages.

M. le Professeur agrégé Guilleminet nous a inspiré ce travail et nous a témoigné sa sympathie dans maintes circonstances. Nous lui adressons ici nos meilleurs et dévoués remerciements.

Mme Monod-Lafargue, Secrétaire du Comité du Patronage, s'est toujours intéressée à notre effort. Toute notre gratitude lui est acquise, et nous la prions de bien vouloir agréer l'hommage de notre très profonde reconnaissance.

Contribution à l'étude de l'Iléus Biliaire Aigu et de son Traitement

Introduction

L'iléus biliaire est dû à la migration anormale et à l'arrêt de calculs venant des voies biliaires dans la lumière intestinale. Nous nous limiterons ici exclusivement aux faits d'occlusion aiguë de l'intestin grêle. Nous éliminerons donc les cas de sténose ou d'occlusion pyloro-duodénale dus à ce mécanisme et les cas d'obstruction ou d'accidents chroniques provoqués par la présence de pierres dans l'iléon.

Ce travail repose sur trois observations déjà présentées à la Société de Chirurgie de Lyon par notre Maître, M. le Professeur agrégé Guilleminet. Dans les trois cas, l'intervention chirurgicale exécutée dans des conditions favorables, aidée par la thérapeutique salée (chez deux des trois malades), n'a pu éviter l'issue fatale. La chose n'a d'ailleurs rien de surprenant pour quiconque possède les notions classiques sur le pronostic redoutable de cette affection.

Et pourtant quelques succès ont été rapportés au cours de derniers mois devant les Sociétés de Chirurgie de Paris et de Lyon et on a pu se demander si

l'appoint de moyens nouveaux, et tout particulièrement du sérum salé hypertonique, n'avait pas heureusement modifié ce pronostic redoutable. Nous nous sommes posé cette question et allons essayer d'y répondre en nous appuyant sur nos observations et sur d'autres faits publiés récemment, avec assez de détails pour qu'ils soient utilisables.

Mais auparavant nous rappellerons, après quelques mots d'historique, les données essentielles relatives à l'étiologie, à l'anatomie pathologique, à la physiologie pathologique et au diagnostic de l'iléus biliaire.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'iléus biliaire est connu depuis fort longtemps : on en trouve la mention chez les auteurs du ^{xvii}^e siècle (Lucas Schrock, d'Augsbourg, 1680 ; Gross, de Breslau, 1696) ; de très nombreuses observations en furent publiées au début du ^{xix}^e siècle : l'affection devenue classique alors fut décrite dans un chapitre du traité de Fauconneau-Dufresne (Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas) et dans le Traité d'Anatomie pathologique de Cruveilhier père.

La thérapeutique chirurgicale de l'iléus biliaire fut inaugurée en 1870 par Bryant et Clifford-Allbut. Nous ne pouvons rappeler ici les travaux innombrables qu'ont suscités cette complication de la lithiase biliaire et son traitement, tant en France qu'à l'étranger. En 1897, l'iléus biliaire se classait définitivement comme affection chirurgicale. Il faut citer à cette époque les thèses de Garin (Paris, 1898), de Raymond, inspiré par Gangolphe (Lyon, 1897) et de Payan (Lyon, 1899).

De la littérature allemande, particulièrement abondante, émergent les travaux de Köl liker (*Centralblatt für Chirurgie*, 1897) et surtout la thèse de Hermann (Iéna 1904), ouvrage extrêmement complet avec 249 observations.

Nous rappelons aussi, parce qu'ils représentent une partie de la contribution lyonnaise à cette question, le travail de Jaboulay et de Gaillard, la revue générale de Leriche et Cotte (*Gazette des Hôpitaux*, 1908), les communications de Gangolphe, Delore, Tavernier et Murard.

Dans ces dernières années plusieurs importantes études sur l'iléus biliaire sont encore venues souligner l'intérêt de cette question : thèse de Dupont (Bordeaux 1920), thèse de Daraigne (Bordeaux 1921), monographie de Bonnecaze et Le Chaux (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, mars 1924). Mais surtout une série de communications et de discussions devant les Sociétés de Chirurgie de Paris et de Lyon en 1928, 1929 et 1930, lui ont donné un regain d'actualité. Jusqu'ici, en effet, les succès publiés étaient très rares, l'occlusion par calcul jouissait auprès des chirurgiens d'une réputation détestable : or, à Paris, en 1928, Robineau rapportait deux cas de Lamare et Larget avec un succès. A Lyon, la même année, Santy présentait deux observations avec un succès et Bonniot en communiquait trois avec une guérison. En 1929, à Paris, Auvray rapportait trois cas de Morice avec un succès provisoire et un succès définitif. En 1930, Auvray rapportait encore trois autres cas de

Jean Quénu avec deux guérisons et quatre cas de Duboucher avec une guérison. Dans les discussions consécutives, des succès étaient mentionnés par Roux-Berger, Hartmann, Alglave. Aussi, malgré que suivant la tendance habituelle, les succès aient sans doute été publiés plus volontiers que les échecs, Auvray pouvait dire, le 22 janvier 1930 : « Il semble, maintenant que le nombre de faits d'iléus biliaires publiés s'est notablement accru, que nous devons envisager d'une façon moins pessimiste le pronostic de cette variété d'occlusion ; le nombre des guérisons obtenues est devenu plus élevé. »

Nous craignons, quant à nous, que ce pronostic reste à peu près ce qu'il était, c'est-à-dire, extrêmement sérieux. Une analyse attentive des faits exposés dans ces séances des Sociétés savantes parisienne et lyonnaise nous paraît plutôt venir confirmer l'opinion que nous soutenons et qui n'est d'ailleurs que l'opinion classique. Sans doute il y a des succès, peut-être même y en a-t-il un peu plus dans ces dernières années, parce que l'intervention a souvent suivi de plus près l'apparition des signes d'occlusion et même de simple obstruction. Mais le nombre des échecs reste probablement le plus fort, car à notre avis la thérapeutique chirurgicale ne se préoccupe pas ou ne peut pas se préoccuper suffisamment de certaines lésions de l'intestin, secondaires au blocage de la pierre dans la lumière du conduit. Or, nous pensons que ces lésions qu'on pourrait croire assez anodines jouent un rôle important dans le mécanisme de la mort de nombre de ces opérés.

Telle est du moins l'impression qui nous paraît se dégager de l'étude de trois observations que nous rapportons et des autres observations que nous avons lues, pour vérifier l'exactitude de notre point de vue.

CHAPITRE II

Données étiologiques, anatomiques et physio-pathologique

Etiologie

L'iléus biliaire constitue une variété d'occlusion assez rare : le nombre des observations réunies par Leichtenstein, en 1876, était de 41, et trente ans plus tard, en 1908, Leriche et Cotte en groupaient 350 cas.

Sa fréquence par rapport à celle de l'occlusion en général est diversement appréciée : 25 cas sur 245, soit 1 pour 13 (Fitz) ; 40 sur 696, soit 1 pour 28 (Gibson) ; 8 sur 360, soit 1 pour 45 (Barnard) ; 3 sur 43, soit 1 pour 14 (Lenormant). En tenant compte de toutes les statistiques publiées, cette fréquence relative varie de 0,75 à 7 %.

Il s'agit presque exclusivement de femmes et de femmes âgées : l'âge moyen est de 50 à 70 ans.

La notion d'un passé hépatique n'est pas toujours retrouvée à l'interrogatoire des malades. Et d'ailleurs

ces antécédents, quand ils existent, peuvent avoir été plus ou moins nets : tantôt, en effet, il s'est agi de crises de coliques hépatiques franches, répétées pendant des années, tantôt l'histoire antérieure se réduit à une crise fort ancienne, remontant parfois à plus de 20 ans ou à un simple passé dyspeptique. Lesk, classant les faits à ce point de vue, a trouvé sur 94 cas d'iléus biliaire :

49 fois des antécédents biliaires nets ;

20 fois des antécédents peu nets ;

25 fois aucun antécédent.

Dans un travail récent, Mondor exprime une opinion opposée à celle des classiques : pour lui, à condition de savoir extirper de la mémoire des malades, par un interrogatoire minutieux et bien conduit, le souvenir d'incidents atténués, on arrive à la notion que les antécédents biliaires sont de règle chez ces malades.

On s'est souvent demandé comment le séjour dans les voies biliaires extrahépatiques de calculs du volume de ceux qu'on recueille dans l'intestin, pouvait être silencieux.

Paviot, dans une communication sur l'iléus biliaire à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon (28 octobre 1930), disait : « On a l'impression en relisant les observations que la symptomatologie biliaire antérieure est, chez ces malades, très atténuée, quelquefois longtemps antérieure à un phénomène occlusif ou subocclusif. Pourquoi un tableau biliaire si atténué ? Les signes antérieurs de lithiasse biliaire sont très minimes dans les antécédents de ces malades,

parce qu'il s'agit de gros calculs, lentement formés dans une vésicule qui n'est pas très altérée. Si les calculs étaient multiples et de petit volume, il semble qu'ils donneraient plus facilement un syndrome de cholécystite calculeuse et surtout des crises de tentative de cheminement plus fréquentes. Or, la colique douloureuse, antérieure, se répète peu, on trouve chez eux une ou deux crises, comme aussi l'ictère, une ou deux jaunisses, ou même point du tout. Il semble que ce sont des calculs lentement formés, un ou deux dans la vésicule, trop volumineux pour qu'ils puissent, une fois constitués, être l'objet de tentative d'engagement dans le bassinet de la vésicule et encore moins dans le cystique. Aussi leur gros volume, ce qui est la règle dans ces observations, fait que ces calculs n'ont que deux avenir ouverts devant eux : ou rester dans la vésicule, y séjourner à bas bruit, ou bien se créer une voie de cheminement anormal, par une fistule cholécysto-duodénale après adhérence le plus souvent de la pointe de la vésicule avec la seconde portion du duodénum. »

Anatomie et physiologie pathologique

L'obstacle est constitué le plus souvent par un calcul unique du volume et de la forme d'un œuf de poule ou de pigeon, véritable moulage de la vésicule. Il y a des cas où le calcul, gros comme une petite noix, pourrait paraître insuffisant pour obturer à lui seul le grêle et c'est alors que le mécanisme de l'oc-

clusion se comprendrait difficilement sans faire intervenir le spasme intestinal qui vient compléter la fermeture du canal.

Il arrive aussi qu'on se trouve en présence de plusieurs pierres étagées dans le jéjunum et l'iléon : il peut y en avoir deux et même trois. Les calculs présentent ici des facettes congruentes et, en les rapprochant les uns des autres, on reconstitue fidèlement la silhouette ovoïde du calcul unique, cas habituel.

Dans une des observations que nous rapportons (obs. III), il y avait trois calculs : deux furent extirpés de l'intestin au cours de l'intervention, le troisième fut recueilli dans la vésicule à l'autopsie. A eux trois, ils reproduisaient le moulage d'une vésicule de douze centimètres de longueur sur quatre centimètres de largeur. Le plus volumineux, retrouvé dans le cholécyste, représentait la portion intermédiaire du bloc pierreux.

Pratiquement, lorsque sur un calcul retiré du grêle à la faveur d'une laparotomie pour iléus biliaire, on constate la présence d'une facette et tout particulièrement d'une facette concave, on doit penser qu'il existe un deuxième corps étranger et il est formellement indiqué d'explorer l'intestin en amont et en aval du premier. Cette recherche ne sera pas toujours couronnée de succès, car le deuxième calcul peut se trouver encore dans la vésicule ou être déjà passé dans le colon, mais sa nécessité ne paraît pas discutable, dans les conditions ci-dessus précisées.

Le poids moyen des calculs biliaires est de vingt à trente grammes. Leur composition chimique a été

souvent étudiée. Ils sont constitués essentiellement de cholestérol, de pigments biliaires et de sels intestinaux en proportion variable. Il est intéressant de noter que la proportion de ces éléments est très différente suivant qu'on analyse la zone externe ou la zone interne d'une de ces concrétions.

C'est ainsi que dans une observation de Lamare et Larget, Moreau a trouvé :

Zone externe :

Pigments biliaires et matières minérales	80 %
Cholestérol	20 %

Zone interne :

Cholestérol	94 %
Pigments biliaires et matières minérales	6 %

Il est vraisemblable que la zone externe s'accroît par stratifications successives au cours de la migration intestinale du calcul, d'où sa composition particulière.

Cette constitution des calculs explique aussi leur perméabilité variable aux rayons X. Assez perméables lorsqu'ils sont formés surtout de cholestérine, ils peuvent être beaucoup plus opaques lorsqu'ils sont enrobés d'une épaisse couche de sels intestinaux. Leur image ne présente cependant jamais de teinte homogène.

Rappelons enfin qu'il est possible, comme l'ont écrit Bonnacaze et Le Chaux, « que ces sels jouent un certain rôle dans la production de l'iléus biliaire par l'accroissement de volume des calculs ».

En ce qui concerne le mode de migration des corps étrangers des voies biliaires dans le tube digestif,

personne ne discute plus aujourd'hui que, dans l'immense majorité des cas, ce passage se fasse à la faveur d'une fistule spontanée entre vésicule et duodénum. A l'autopsie de deux de nos malades (obs. II et III), on retrouvait cette disposition et même, chez celle de l'observation III, on saisissait sur le vif ce processus migrateur sous la forme d'une grosse pierre à cheval sur la fistule, alors que deux autres étaient déjà dans le grêle. Toutefois, ainsi que l'ont montré Bonnacaze et Le Chaux, il peut y avoir disproportion entre le diamètre du défilé et le calibre des calculs qui l'ont franchi. Sans doute faut-il croire que la fistule subit, après le passage des corps étrangers, un travail de rétraction cicatricielle. Il faut tenir compte aussi de l'accroissement progressif du volume des concrétions pendant leur voyage dans l'intestin.

Nous rappelons pour mémoire que si le cas le plus fréquent est représenté par la fistule cystico-duodénale, on peut voir aussi des fistules cystico-coliques ou cystico-jéjunales, voire même des fistules cystico-gastriques.

Courvoisier avait pu compter :

93 fistules cystico-duodénales ;

49 fistules cystico-coliques ;

1 fistule cystico-jéjunale.

Il est cependant incontestable que l'on peut voir quelquefois le corps migrateur emprunter le trajet du cholédoque. Pour si étrange qu'il paraisse, si l'on tient compte de la résistance que doit présenter le défilé pancréatique, le fait n'en ressort pas moins de plusieurs observations. Courvoisier en citait 7 cas et

Lesk 5. Récemment encore, il a été noté dans une observation de E. Moons et J. Gy (d'Anvers).

Quel que soit le mode de pénétration du calcul dans l'intestin, son passage se traduit parfois dans l'histoire du malade par une crise douloureuse d'une acuité anormale, tranchant par sa violence même sur les crises antérieures (Santy, Guilleminet, Mondor). Le fait est intéressant, car il sert de point de repère et permet de démontrer que les accidents d'occlusion franche ne succèdent pas toujours immédiatement à l'entrée de la pierre dans l'intestin. Un intervalle de quelques jours, de quelques semaines, voire de quelques mois (12 jours dans notre observation I ; 3 semaines dans l'observation de Brocq, Brodin et Aimé ; 2 mois dans les observations I et III de Jean Quénu ; 4 mois dans notre observation III) peut séparer cet incident initial de l'apparition du syndrome d'occlusion. Pendant cet intervalle le calcul se déplace progressivement ou par mouvements successifs dans la lumière du tube digestif. Ainsi se trouve expliqué que l'iléus biliaire se présente le plus souvent comme une occlusion lente, incomplète, en plusieurs temps.

Une fois sorti de la vésicule, le calcul pourra subir diverses destinées.

Nous n'insistons pas sur la possibilité de son rejet par les vomissements, signalé dans certaines observations (par ex., Morrisson, Petit de Niort, Lamare et Larget), ni sur la possibilité de son enclavement dans le duodénum avec longue période de tolérance (obs. de P. Brocq, Brodin et Aimé). Cet enclavement peut se traduire aussi par des signes de sténose pylorique

plus ou moins nette. Ces faits connus depuis longtemps (Thèse d'Alex, Lyon, 1894, inspirée par Bouvet) et sur lesquels MM. Villard et Tixier sont revenus à la Société de Chirurgie de Lyon le 8 novembre 1928, sortent de notre cadre. Ils ont été également l'objet d'un travail d'Okinczyc en juin 1928 (*Revue médico-chirurgicale des maladies du Foie, du Poumon et de la Rate*). Ordinairement le calcul va filer dans l'intestin. Son élimination spontanée par l'anus constitue une heureuse éventualité. Hartmann rappelait, le 12 février 1930, à la Société Nationale de Chirurgie, un cas de cet ordre, mais il ne faudrait pas trop compter sur cette évolution. Il ne faudrait pas non plus espérer souvent faciliter la migration du calcul de l'intestin grêle dans le cæcum à la faveur du toucher vaginal, comme Cochez (d'Alger) a eu la chance de l'observer. *Le cas qui nous intéresse est celui du calcul arrêté dans le grêle.*

Le chirurgien qui intervient rencontre alors des situations variées.

Tout d'abord le calcul peut s'être arrêté en divers points du grêle. La statistique de Lesk mentionne :

Duodénum : 9 fois ;

Jéjunum : 30 fois ;

Iléon : 81 fois, dont 50 fois dans la partie terminale de l'iléon, dans ses derniers 80 centimètres. Cette prédilection pour la fin du grêle s'explique peut-être par le moindre calibre de ce segment de l'intestin ou peut-être par les modifications du volume du corps étranger, qui augmente par accumulation à sa surface de sels intestinaux, au fur et à mesure que sa

migration se prolonge (Bonnecaze et Le Chaux). Au point où on le découvre, le calcul est plus ou moins immobilisé.

Dans certains cas, alors même qu'il atteint les dimensions d'une noix, il est mobile dans l'anse qui le renferme, on le déplace aisément par des pressions extérieures. On a même peine à comprendre alors qu'il puisse déterminer des accidents occlusifs. Dans d'autres cas, la pierre, grosse comme un petit œuf, bouche complètement la lumière intestinale. Elle est bloquée, on ne la refoule qu'à grand'peine.

Tous les auteurs admettent qu'à l'élément mécanique figuré par l'obstacle, est venu s'adjoindre un élément spasmodique représenté par la contracture des tuniques musculaires. Ce spasme intervient pour compléter une obstruction simple. La pierre est alors bloquée par l'intestin tétanisé sur lui, dit Lamare dans la thèse de Fourrey. Ce spasme n'est pas continu ; il peut céder par moments, permettant alors une petite débacle de gaz et de liquides, autorisant même un petit cheminement du calcul et reprendre ensuite : certaines observations sont très probantes à ce point de vue. Nous croyons que le rôle de ce spasme est capital, tant au point de vue de la figure imprimée à l'histoire clinique de l'iléus biliaire, qu'à cause de ses répercussions sur les parois de l'intestin.

En effet, l'occlusion par calcul détermine des modifications intestinales les unes banales (applatissement du grêle en-dessous de l'obstacle, distension ordinairement modérée au-dessus), et d'autres modifications d'apparence banale également, qui revêtent,

à notre avis, une particulière importance. Nous voulons parler des lésions directes des tuniques de l'intestin par le corps étranger qui s'y trouve coincé par son volume et par le spasme musculaire.

Ces lésions, qui ne sont d'ailleurs pas constantes, vont depuis la simple ulcération muqueuse jusqu'à la perforation complète. Les exemples de ce dernier accident ne sont pas rares : Santy en a relaté encore un cas en 1929, à Lyon. La perforation peut aboutir à la péritonite enkystée avec anses agglutinées comme dans le cas de Santy ou à la péritonite généralisée.

Dans une observation de Jean Quénu, cette perforation s'était produite au niveau du bord mésentérique de l'anse et avait déterminé une infiltration verdâtre du mésentère.

Mais ces cas-là représentent en somme des lésions extrêmes et leur évidence même appelle alors des sanctions thérapeutiques spéciales. Il n'en est pas de même des simples ulcérations de la face interne du grêle. Au point où s'est enclavée la pierre, la muqueuse réduite en bouillie, offre un aspect grisâtre ou noirâtre, sanieux. Extérieurement on constate seulement que la paroi intestinale est amincie et présente parfois de petites suffusions hémorragiques. Il faut donc ouvrir le conduit pour voir ces lésions, car l'inspection extérieure de l'anse n'en permet pas l'appréciation exacte. A l'autopsie de deux des malades, dont nous rapportons l'histoire, ces lésions étaient évidentes. Leur pathogénie permet de les qualifier réellement d'*ulcérations compressives*. Hâtons-nous de dire que, si les altérations de la paroi intestinale

dans l'iléus biliaire sont passées parfois sous silence, la majorité des classiques les décrivent. Certaines observations publiées récemment donnent des détails précis.

Jean Quénu écrit : « Au-dessus du calcul, sur une longueur de 25 centimètres environ, l'anse intestinale est fortement dilatée et couverte d'exsudats purulents, pseudo-membraneux de péritonite. Au-dessous du calcul, l'anse est vide et rétractée. Les lésions de la paroi intestinale ont leur maximum à l'endroit même où le calcul est arrêté. A ce niveau, l'intestin semble aminci, translucide, ecchymotique et friable. »

Paviot, dans son observation sur l'iléus biliaire présentée à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, le 28 octobre 1930, dit : « A l'autopsie : l'anse qui contient le calcul présente en un point de sa surface une adhérence glutineuse qui la fixe à une frange graisseuse en arrière de la branche horizontale droite du pubis. Cette adhérence se détache facilement, et l'on voit à son niveau une plaque de sphacèle gris noirâtre, longue de 2 centimètres, large d'un bon centimètre, sur le point de se détacher, car elle est plus que feuille morte, mais ramollie, complètement terne. »

Les lésions sont parfois assez étendues en longueur : dans un cas d'Alglove, « l'intestin était dans un tel état d'altération qu'il était matériellement impossible de le suturer après ouverture. Les lésions intestinales s'étendaient sur une longueur de 25 à 30 centimètres. » Dans le cas de Moons et Gy, il y avait des plaques de nécrose des anses intestinales,

du pus et des dépôts fibrineux dans l'abdomen alors que le calcul était passé spontanément dans le côlon ascendant. Le malade étant mort de péritonite, malgré des sutures d'enfouissement de ces plaques nécrosées, les auteurs, après autopsie, estimèrent que l'intestin en se contractant sur le calcul avait provoqué la nécrose des parois en six points différents.

Le rôle joué par ces ulcérations compressives nous a semblé n'être pas apprécié à toute sa valeur.

Habituellement, en effet, on ne les signale que pour attirer l'attention sur le caractère douteux des sutures qui pourraient être pratiquées à leur niveau, après l'entérotomie faite pour lever l'obstacle. Et c'est pour cela que, comme Marion le recommande, la plupart des chirurgiens s'efforcent de refouler la pierre au-dessus du point où elle s'est arrêtée de façon à pratiquer l'incision et les sutures en tissus sains. Ce conseil est certainement judicieux : nous en trouvons encore la preuve dans notre observation III où la malade mourut de péritonite à la suite de la désunion des sutures. Gangolphe allant plus loin, conseillait il y a longtemps la résection de l'anse malade lorsque sa paroi se montrait friable, n'autorisant pas des sutures correctes (thèse de Raymond, Lyon 1897). Mais il nous semble qu'il y a plus et que de la notion de ces lésions de la paroi intestinale, il y a davantage à tirer que des déductions techniques concernant la solidité des sutures. Comme l'a dit notre Maître le Professeur agrégé Guilleminet à la Société de Chirurgie de Lyon, nous pensons que ces ulcérations pourraient bien

jouer un très grand rôle dans la mort de beaucoup des opérés pour iléus biliaire. Nous n'apportons pas de preuves absolues à l'appui de cette opinion, mais seulement une série d'arguments qui nous paraissent sérieux et que nous allons exposer.

CHAPITRE III

Causes de la gravité de l'iléus biliaire

« La gravité de l'iléus biliaire est grande. Pour ma part, je n'ai pas souvenir d'en avoir guéri un seul cas. Il y a un contraste saisissant entre la simplicité de l'opération et ses résultats. » Ainsi s'exprimait Delbet, en 1921, à la Société de Chirurgie de Paris, dans la discussion qui suivit le rapport de Robineau sur un succès de Petit, de Niort. Quénu, Schwartz, Tuffier, Hallopeau vinrent à la même séance souligner le pronostic particulièrement redoutable de cette occlusion.

Du reste lorsqu'on parcourt les nombreuses observations de désastres qui ont valu à l'iléus biliaire sa détestable réputation, on retrouve les mêmes réflexions sous des plumes différentes : l'acte opératoire a été très rapide, extraordinairement simple, on s'est borné à la taille de l'intestin, à l'extraction du calcul, à la suture. Et cependant le malade est mort un jour ou deux après. On parle alors de « contraste saisissant entre la simplicité de l'intervention et ses

résultats, » on parle de « gravité paradoxale de l'iléus biliaire. » Quelquefois, au lieu de succomber dans les tous premiers jours, le malade paraît vouloir se remonter, on reprend espoir, quand brusquement survient une complication mortelle (Tavernier et Murard, Morice, notre observ. III).

Pourquoi cette gravité spéciale ? Pour certains, il est vrai (Grégoire, Lenormant), elle n'est pas discutable, mais elle n'est pas spéciale à l'iléus biliaire, elle n'est pas plus grande que celle de l'occlusion du grêle en général, quelle qu'en soit la cause. On peut objecter que cette opinion n'explique rien et qu'elle ne conduit à aucune sanction thérapeutique.

D'ailleurs, il semble bien que l'iléus biliaire représente quelque chose de spécial. Assurément l'iléus biliaire a toute la sévérité d'une occlusion du grêle, sévérité d'autant plus grande que l'arrêt est plus haut situé et que le malade arrive plus tard au chirurgien, mais il y a plus. Il faut souligner que l'iléus biliaire frappe toujours des gens âgés, dont l'âge moyen oscille de 50 à 70 ans, dont le foie, les reins, le cœur sont souvent tarés. Notre Maître, le Professeur Bérrard, a insisté sur ces facteurs et notamment sur l'altération de la cellule hépatique et sur l'état d'angiocholite qu'entraîne parfois chez ces malades l'existence d'une large communication bilio-intestinale. Mauclaire a fait les mêmes remarques. On a fait ressortir aussi que l'intervention risque d'être plus tardive ici que pour d'autres occlusions du grêle : en effet, l'iléus biliaire se traduit souvent par des signes d'occlusion relativement discrets, il évolue lentement,

induisant le clinicien en erreur et faisant perdre un temps précieux (observ. II, Bonnacaze et Le Chaux, Paviot, Guilleminet). Cependant certains iléus biliaires opérés tardivement ont guéri (par exemple, au 7^e jour dans le cas de Lamare et Larget), ce qui prouve que l'expression de gravité paradoxale s'applique parfaitement à cette affection.

Restent divers points sur lesquels on a insisté en 1921 et en 1928 à la Société de Chirurgie de Paris.

Telle est notamment la question de la toxicité du liquide intestinal accumulé au-dessus de l'obstacle : après la levée de celui-ci ce liquide brusquement déversé dans le segment intestinal sous-jacent, y serait absorbé en masse et déterminerait un véritable empoisonnement. Ce n'est peut-être là qu'une hypothèse séduisante, en tout cas elle a incité nombre de chirurgiens à compléter la simple extraction du calcul par l'évacuation à l'extérieur du contenu du bout supérieur.

A ce but tendent diverses manœuvres, telles que la fistulisation du grêle critiquée par Alglave, mais que beaucoup de chirurgiens utilisent, la ponction évacuatrice du grêle distendu avec traite des anses (R. Monod), le lavage du bout supérieur (Morice).

Quénu nous apparaît encore plus près de la vérité, quand il appelle l'attention sur le rôle joué par la haute septicité du corps étranger figuré par le calcul, par les lésions probables de l'épithélium intestinal et par la résorption d'un contenu intestinal très toxique.

Dans le même ordre d'idées, Mocquot déclare :
« Ce sont les lésions de la paroi intestinale en amont

du calcul, lésions qui peuvent aller jusqu'à la nécrose et à la perforation, qui me paraissent responsables de la gravité de l'iléus biliaire : l'altération des parois rend les sutures précaires ; l'inflammation, l'ulcération de la muqueuse exposent aux accidents d'infection et d'intoxication. »

Ces remarques nous semblent extrêmement judicieuses et nous nous y arrêterons, car elles posent la question du rôle joué par l'intoxication protéosique et par les lésions de la muqueuse dans la mort par iléus biliaire.

Et d'abord certains faits méritent d'être rappelés. A côté des anciennes théories nerveuse et bactérienne de la mort dans l'occlusion intestinale, les recherches classiques de Roger et Marcel Garnier, reprises ultérieurement par Draper, Whipple ont établi la réalité d'une théorie toxique : les accidents engendrés par l'occlusion auraient une origine auto-toxique. Il s'agirait d'une intoxication protéosique, d'une toxémie évoluant en deux temps :

1° Formation des corps toxiques ;

2° Leur absorption par l'organisme favorisée par tous les facteurs qui lèsent la paroi intestinale.

Et c'est ici qu'interviennent, à notre avis, les lésions épithéliales constatées au cours de l'iléus biliaire.

Dans son excellent travail sur « Le Syndrome humoral de l'occlusion intestinale, » R. Denis, auquel nous empruntons ces détails, s'exprime en ces termes : « Le contenu intestinal ordinaire est toxique, il est même plus toxique que le contenu d'un intestin occlus, car au fur et à mesure qu'il stagne au-

dessus de l'obstacle, le contenu intestinal subit les transformations qu'il aurait subies plus bas. Il prend l'aspect fécaloïde et, contrairement à l'opinion classique, à mesure que la putréfaction s'accroît, la toxicité s'affaiblit (Roger). Si la stagnation du contenu intestinal normal, dans le cas de stase intestinale sans occlusion, n'est pas mortelle, c'est parce que la muqueuse oppose une barrière vivante aux produits nocifs pour l'organisme. C'est une membrane admirablement sélective. Pour que les phénomènes toxiques apparaissent, il faut que les produits toxiques soient absorbés, il faut donc que la muqueuse soit lésée. »

R. Denis fait remarquer que ces lésions favorisées par les troubles de l'irrigation intestinale sont particulièrement rapides lors de striction, de torsion, de thrombose des pédicules vasculaires et rappelle que la simple distension de l'anse est un gros facteur de troubles circulatoires, des lésions muqueuses et, par conséquent, d'intoxication. Il cite « l'expérience de Dragsted qui insuffle une anse occluse et fait apparaître brusquement les symptômes toxiques chez un chien opéré, mais encore d'apparence bien portant. Les lésions muqueuses que produit la distension expliquent l'heureuse influence de l'entérostomie qui vide l'anse. »

Il conclut : « En somme, une anse saine absorbe tout naturellement très peu d'éléments toxiques alors qu'une anse altérée ne remplit plus son rôle sélectif et laisse passer les produits nocifs. La mort dans l'occlusion est donc facteur de l'altération pariétale

et a bien pour origine une toxémie, une auto-intoxication protéosique. »

A côté de cette théorie autotoxique, solidement établie par l'expérience, intervient aussi dans le mécanisme de la mort le syndrome humoral dont l'existence repose sur les recherches faites en Amérique par Tibeston et Comfort, Mac Callum, Hadden et Orr, reprises en France par Léon Binet et dont le point essentiel serait l'abaissement du taux des chlorures. Il a été démontré expérimentalement et cliniquement qu'en agissant sur l'élément chloruré par des injections intraveineuses de solution hypertonique de chlorure de sodium, on peut modifier ce syndrome humoral et, dans une certaine mesure, l'évolution de l'occlusion. Cette méthode a été vulgarisée en France par Gosset, Binet et Petit-Dutaillis.

Il n'est pas douteux, que dans l'iléus biliaire comme dans les autres modes d'occlusion intestinale, le syndrome humoral intervient (observations de Hadden et Orr, de Lambret), mais à côté de lui il faut faire une très large part à l'auto-intoxication protéosique.

Les lésions épithéliales des anses distendues au-dessus de l'obstacle, et surtout les ulcérations compressives dues à la présence du volumineux calcul, au spasme des tuniques intestinales, constituent autant de portes d'entrée pour les résorptions toxiques. Ces ulcérations n'ont donc pas simplement le grave inconvénient de rendre très précaire les sutures pratiquées à leur niveau, ainsi que nous le rappelions plus haut, elles interviennent encore dans le mécanisme de la mort en entretenant, même après la sup-

pression des calculs, les phénomènes d'empoisonnement. Elles sont d'autant plus redoutables qu'elles peuvent paraître insignifiantes, si on se borne à un examen extérieur de l'anse obstruée. Le fait de refouler le calcul en amont du point où il s'est arrêté et de pratiquer l'entérotomie et les sutures en territoire sain ou relativement sain ne change à peu près rien au problème : en effet, on ne compte plus les observations des malades ainsi traités et qui ont très rapidement succombé sans que l'autopsie ait montré cependant de déficience des sutures. En réalité, ces malades à l'intestin déjà paralysé et distendu meurent, après l'opération, par persistance de l'inertie intestinale et par poursuite de l'auto-intoxication. La thérapeutique chirurgicale doit donc, à notre avis, tenir un grand compte de ces lésions intimes du grêle qui jouent très probablement un rôle important dans le mécanisme des accidents. Le problème chirurgical posé par l'iléus biliaire ne réside donc pas simplement dans la suppression du calcul et dans l'évacuation extemporanée des produits toxiques accumulés au-dessus de lui.

CHAPITRE IV

Etude clinique et diagnostic de l'iléus biliaire

Tout dernièrement est paru un excellent travail de Mondor sur l'Iléus Biliaire dans les « Diagnostics Urgents » auquel nous faisons de larges emprunts.

L'iléus biliaire est, en général, une forme lente d'obstruction intestinale qui amène au bout de quelques jours (8-15) l'occlusion aiguë.

Les symptômes cardinaux sont : les douleurs, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, le péristaltisme. Mais ce sont là des signes communs à toutes les occlusions et on peut décrire à l'iléus biliaire des signes propres qui sont : la notion d'un passé lithiasique, l'existence au début des accidents d'une crise plus particulièrement douloureuse dans l'hypocondre droit, l'existence d'une tumeur perceptible par la palpation ou par le toucher rectal ou vaginal, enfin la révélation d'un calcul par la radiographie. Ces der-

niers signes ne sont pas constants, mais ils ont une très haute signification quand on les observe.

Nous allons étudier le tableau clinique de l'iléus biliaire en nous référant au travail de Mondor auquel il n'y a rien à ajouter.

« *Les douleurs nées avec soudaineté* », dit Mondor, « d'abord épigastriques ou périombilicales ou diffuses, sont d'une intensité variable avec les malades : violentes d'emblée chez les uns, sournoises et progressives pour d'autres. Ce qui peut être assez particulier, c'est une douleur d'abord diffuse ou errante et puis fixée. Assez souvent, cette localisation secondaire et durable de la douleur se ferait dans la fosse iliaque droite ou dans le flanc droit, du côté de la région appendiculaire. » Dans des conditions de minutieuse observation, le déplacement de cette douleur a pu être suivi, la douleur cheminait avec le calcul, se transférant de la fosse iliaque vers le côlon transverse, vers l'S iliaque, aboutissant à la sensation intrarectale de corps étranger et à l'expulsion avec douleur anale (Chauffard).

Les vomissements sont précoces, abondants, fréquents, alimentaires, puis muqueux, bilieux, enfin fécaloïdes. Il faut admettre l'opinion de Naunyn, de Kirmisson et de Rochard qu'ils sont souvent et tôt fécaloïdes. L'iléus biliaire ne commence pas toujours par des vomissements, mais ils viennent rapidement, nauséabonds, jaune sale, orangés, noirâtres. Les vomissements fécaloïdes constituent un symptôme fréquent. Ces vomissements, comme les douleurs, peuvent cesser pendant quelques heures, un jour ou

même deux; un jour ils peuvent être fécaloïdes et ne plus l'être le lendemain. Les vomissements sont précocement fécaloïdes et toujours capricieux.

L'arrêt des matières et des gaz est aussi très capricieux. Il n'est ni réalisé d'emblée, ni réalisé, quand il l'est de façon définitive (Mondor). C'est le signe le plus variable dans l'iléus biliaire. Arrêt d'un jour qui semble céder le lendemain sans aucune thérapeutique ou au moindre lavement; — arrêt vrai des matières, arrêt incomplet des gaz, disait Naunyn.

Pour Körte, il y a bien des cas d'occlusion franche où plus rien ne passe, mais souvent l'arrêt total n'est pas réalisé.

Le météorisme n'est jamais considérable.

Le péristaltisme très actif est un signe important, mais pas toujours constant.

Mondor insiste beaucoup sur *les renseignements obtenus d'un bon interrogatoire des malades*. Dans beaucoup des cas, en les bien interrogeant on peut déceler les antécédents biliaires.

Ces antécédents sont instructifs, directeurs, si l'interrogatoire fut adroit, retardataires, si l'interrogatoire fut écourté ou confus (Mondor).

Il faut interroger avec douceur et avec patience, surtout quand il s'agit d'une vieille malade si fatiguée, mais qu'il faut tirer d'affaire. Elle retrouvera la maladie de foie d'il y a quinze ans, et la crise importante d'il y a six mois (Goldschmitt), sept mois (Mondor), un an (Guillemin).

Il faut demander chez les malades la réponse à cette double question :

1° Y a-t-il eu dans le passé, même lointain, des troubles abdominaux, digestifs, pouvant être ceux d'une lithiase biliaire franche ou fruste ?

2° Y a-t-il eu, dans un temps plus rapproché, une crise abdominale douloureuse ou fébrile de quelque importance, dans l'étage supérieur de l'abdomen ?

Si les réponses sont positives, il faut penser à l'iléus biliaire.

En réalité, conclut Mondor, la notion d'antécédents lithiasiques que les classiques jugeaient exceptionnelle jusqu'à présent, est en réalité presque la règle, à condition d'avoir su interroger avec patience avant d'intervenir avec un simple diagnostic d'occlusion. Cet auteur a fait publier par son élève Brémont une statistique qui, sur 25 cas, dénombre 14 fois des antécédents nets, 6 fois des antécédents moins nets, 3 fois seulement des antécédents nuls.

Le début des accidents correspond au moment de la *perforation cholécysto-intestinale*. L'hémorragie duodénale est un symptôme classique et le cas de Körte qui observe l'iléus biliaire trois mois après une hémorragie intestinale abondante est partout cité. Est-ce là le signe peu fréquent ou peu fréquemment recherché ? Il est difficile de répondre à cette question. Les hémorragies intestinales comme les hémorragies gastriques peuvent exister et quand elles sont prémonitoires elles valent peut-être comme signe de l'épisode cholécysto-duodéal (Mondor).

La formation de la fistule est marquée par une grande crise douloureuse d'autant plus imprévue que la cholélithiase était restée souvent latente jusque

là ; c'est une véritable douleur de perforation, accompagnée de vomissements et de besoin impérieux de défécation, suivi d'une selle formidable. C'est le vidage brusque et massif de l'intestin qui est dû au péristaltisme brusquement exalté (Chauffard).

L'épisode aigu qui traduit le passage du cholélithe de la vésicule dans le duodénum peut parfaitement être trouvé à l'interrogatoire de nombreux malades et revêt de ce fait une grande importance pour le diagnostic de la cause de l'occlusion devant laquelle on se trouve. Bonniot, Santy, Guilleminet, Mondor, soulignent le fait et ont tous apporté des observations probantes.

Il existe encore un autre signe écarté par Chauffard, comme exceptionnel, mais sur lequel au contraire il faut insister : c'est *la découverte, par le palper ou par le toucher, d'une tumeur.*

« Le signe qui possède la plus grande valeur, c'est la brusque apparition d'une tumeur dure en un point quelconque de l'abdomen ; quand elle existe, c'est à son contact que vient finir le péristaltisme et que peut exister, au début, le météorisme localisé », disent Leriche et Cotte.

Un grand nombre d'auteurs ont eu cette perception d'une tumeur abdominale dans le cas de l'iléus biliaire (Quénu, Lamare et Larget, Guilleminet, Paviot, etc.).

Quénu disait : « Un dernier signe, et non le moins important, nous est fourni par la palpation abdominale. C'est la constatation d'une tumeur extrêmement dure, plus dure que toute autre espèce de tumeur.

Cette sensation, je l'ai eue nettement, elle suffirait peut-être à l'avenir à me permettre le diagnostic. »

Delagènière, par le toucher rectal, sentit « un corps dur, lourd, mobile dans le Douglas. »

On peut encore sentir cette tumeur par le toucher vaginal (Guillemin, Cochez).

En somme, les éléments du diagnostic positif de l'iléus biliaire sont, indépendamment des signes généraux d'occlusion :

1° *Des éléments étiologiques* : femmes âgées ayant eu très souvent, beaucoup plus souvent qu'on ne le dit, un passé biliaire qu'un interrogatoire bien conduit saura retrouver.

2° *Des particularités d'évolution* : occlusion lente avec épisodes successifs dont le premier est une crise terrible de l'hypocondre droit, dont les suivants peuvent être des alternatives d'amélioration et d'aggravation du tableau d'obstruction. Bonniot traduit ce fait en disant : « Il y a discordance entre l'existence des signes obligeant à porter le diagnostic de l'occlusion du grêle et la tolérance relative de l'organisme pour cette occlusion haute. »

3° *Des signes somatiques* : perception par la palpation abdominale ou par le toucher rectal ou vaginal d'une tumeur dure, ovoïde, le plus souvent mobile.

Malheureusement on n'aura pas toujours ce tableau au complet, ou on n'aura pas su réunir les éléments si bien que des erreurs de diagnostic peuvent être commises avec d'autres affections. On a signalé comme erreur de diagnostic : l'appendicite, parce que la douleur du début siège presque toujours à droite

dans la région cæco-appendiculaire et le diagnostic de l'appendicite est porté (Témoin, Société de Chirurgie de Paris, 1929).

Robineau a signalé comme cause d'erreur l'occlusion par bride de péricholécystite ou par compression de la vésicule dilatée.

Devant un malade qui présente un grave syndrome abdominal, avec antécédents biliaires, il faut penser à la perforation de la vésicule ou à la pancréatite hémorragique.

Quelquefois on fait le diagnostic de néoplasme du gros intestin chez ces malades parce que ce sont des gens âgés et parce qu'on sent une tumeur. Mais dans les cas obscurs, quand le diagnostic ne peut être fait, parce que les malades sont des obèses chez lesquels le palper est impossible et dans les formes traînantes, nous avons un précieux secours dans la *radiographie*.

« Je me suis trouvé en face d'un cas d'iléus particulièrement difficile, » dit Mondor. « L'examen de la malade n'apportait rien. Les accalmies, les vidanges vraies me trompèrent plus qu'elles ne me tromperaient maintenant. Je n'ai pas fait le diagnostic. Je restai attaché au diagnostic de pancréatite subaiguë. Cependant, inquiet, je demandai une radiographie : elle donna une image parfaite de la maladie, de la lésion, faisant à la fois et aussi clairement, voir : 1° L'occlusion; 2° son siège; 3° sa cause. » — Il s'agissait de l'iléus biliaire. Après la laparotomie, Mondor avait extrait de l'intestin grêle un calcul biliaire presque aussi gros qu'un œuf.

L'examen était difficile à cause de l'obésité de la

malade. Mais le ventre était souple, indolore, non tympanique, non météorisé; on provoquait une douleur à droite de l'ombilic, par un palper très appuyé.

Pourquoi cette absence si trompeuse de signes physiques? Mondor en donne l'explication. « Cette malade était adipeuse, mais sa paroi épaisse n'était pas seule responsable de l'obscurité de l'exploration abdominale : ce que je vis au cours de la laparotomie m'inscrivait. Une fois le péritoine ouvert, je m'attendais à devoir lutter contre la sortie immédiate des anses distendues : je ne vis aucune anse intestinale et pus croire, un instant, qu'il n'y avait pas occlusion : c'est qu'il y avait un énorme écran de graisse ; un tablier épiploïque — d'une épaisseur et d'un poids peu communs — qui retombait lourdement au-devant de tout l'intestin grêle. Ce n'est qu'après l'avoir relevé, que les anses distendues apparurent. Il les maintenait cachées à toute exploration clinique manuelle. »

Cette observation est très démonstrative. Il vaut mieux, plutôt que de laisser ces malades en observation — faute de signes physiques suffisamment nets pour justifier l'intervention — faire faire une radiographie.

Gosset, Ronneaux, Brocq, P. Brodier et Aimé ont publié des observations où l'examen radiologique a décelé des calculs biliaires chez des malades en occlusion.

Daraigne et Lebeau, d'après leur expérience, disent que les calculs biliaires sont visibles sur clichés pris de profil (pour éviter l'ombre du sacrum) et à

condition qu'ils contiennent au moins 10 % de sels de chaux.

Le cas de Ludin est remarquable. Schinz l'a placé dans son ouvrage de radiodiagnostic :

« Femme de 70 ans, présentant des signes d'occlusion. A l'examen radiologique, six heures et demie après l'ingestion d'un repas opaque : résidu gastrique important ; distension marquée des anses grêles ; à l'extrémité distale des ombres du grêle, on voit une ombre mince ourler en quelque sorte un centre plus clair de forme ovale (calcul biliaire).

« A l'intervention (Professeur Hotz), on trouve dans le segment terminal du grêle un calcul aplati de 4 cm. 5 sur 3 cm. 3, autour duquel l'intestin est spasmodiquement contracté. »

Les observations de Mondor et de Ludin apportent l'image décisive de l'iléus biliaire et donnent une certitude du diagnostic par les rayons X.

Donc, dans tous les cas quand le diagnostic n'est pas certain, il faut pratiquer un examen radiologique parce que les calculs peuvent être découverts par les rayons X et apporter un secours très précieux au chirurgien.

CHAPITRE V

Traitement de l'iléus biliaire

Les anciens auteurs admettaient que dans un tiers des cas l'iléus biliaire pouvait guérir spontanément par élimination de cholélithe par les voies naturelles. Des exemples récents ont été rapportés d'élimination favorisée par des manœuvres non sanglantes très simples, telles que le toucher rectal ou le toucher vaginal (Hartmann, Cochez). L'impression actuelle est cependant qu'il ne faut pas compter sur cette heureuse éventualité et qu'une conduite énergique et rapide s'impose. On n'oserait pas recommander l'attitude de Mayo-Robson qui, ayant fait le diagnostic d'iléus biliaire, attendit l'évacuation spontanée du calcul.

Nous rappellerons seulement qu'il *n'y a pas de traitement médical de l'occlusion aiguë par iléus biliaire*. Il est au moins dangereux de chercher à favoriser l'expulsion du calcul en usant d'antispasmodiques : belladone, opium, chloral. De même, la pra-

tique des lavements simples, huileux, purgatifs ou électriques et celle des massages abdominaux surtout, sont à rejeter. Le moindre inconvénient de ces méthodes serait une perte de temps désastreuse.

Le traitement de l'iléus biliaire ne peut être que chirurgical : seule la laparotomie permet de supprimer rapidement l'obstacle, d'apprécier les lésions intestinales et de vider les anses sus-jacentes de leur contenu.

Le mode d'anesthésie n'est pas sans importance, puisqu'il s'agit de malades âgés, dont les émonctoires ne sont pas toujours parfaits et auxquels l'état d'occlusion donne une fragilité particulière. Il semble que le plus souvent on ait usé de l'éther. L'anesthésie locale (Mocquot, Morice), complétée au besoin par une légère narcose, convient aux très mauvais cas.

Une mention spéciale est due à la rachianesthésie (Jean Quénu, Morice). Elle ne saurait être employée évidemment que si l'hypotension n'est pas trop marquée. Selon J. Quénu, elle aurait l'avantage de déclencher des contractions intestinales efficaces qui aboutiraient à une débacle de gaz et de matières, quelques minutes après la levée de l'obstacle. Ayant ainsi opéré deux malades avec succès, il estime avoir obtenu ce résultat à meilleur compte par la rachianesthésie que par des ponctions intestinales multiples ou par l'entérostomie. Ces propriétés de la rachianesthésie chez les occlus étaient déjà connues, mais il n'est peut-être pas sans intérêt de les souligner pour l'affection dont nous nous occupons.

Une fois la laparotomie faite, et après repérage de

l'anse obstruée, on a le choix entre diverses interventions :

1° *L'entérotomie* longitudinale ou mieux transversale faite directement sur le calcul, extraction de celui-ci, puis suture à deux plans : total et séro-séreux.

Suivant le conseil donné par Lejars et Marion, l'incision peut de préférence être faite à quelques centimètres au-dessus de l'obstacle, de façon à porter en territoire sain et à permettre ensuite des sutures de bonne qualité. Mais il faut alors refouler la pierre jusqu'à la taille intestinale et on risque de provoquer ainsi ou d'aggraver les lésions de la muqueuse (Lévêque, Guibal).

Les sutures de l'entérotomie peuvent être renforcées par une épiplooplastie ou une greffe d'épiploon.

Si les sutures paraissent sténosantes, il est bon d'établir un court-circuit grâce à une anastomose latéro-latérale entre les deux pieds de l'anse. Le bouton anastomotique de Villard ou de Jaboulay est tout indiqué pour l'exécution rapide de ce temps opératoire (Santy, Guilleminet). Au total l'opération ainsi exécutée est moins grave qu'une entérectomie.

2° L'entérotomie se transforme en *entérostomie*, lorsque, après ablation du cholélithe, les parois intestinales paraissent à ce point douteuses qu'on n'ose refermer la brèche et abandonner l'anse dans le ventre. On suture alors les lèvres de la taille à la paroi (Körte, Marion). Mais on obtient ainsi une fistule large du grêle, un véritable anus dont les inconvénients, surtout si elle est haut située sur l'intestin, ne

sont plus à signaler. Algrave, R. Monod les ont encore récemment indiqués.

3° Reste *l'entérectomie*. Elle a l'avantage de supprimer l'anse plus ou moins malade, mais sa gravité en pleine occlusion est bien connue.

Terrier estimait « qu'il fallait réséquer l'anse toutes les fois qu'elle était altérée. » Gangolphe, opérant un cas d'iléus biliaire, avait été frappé de la friabilité des tuniques et devant l'impossibilité de faire de bonnes sutures, avait été conduit à la résection. Il avait fait défendre cette conduite par son élève Raymond (Thèse de Lyon, 1897). Robineau, rapportant, en 1921, un succès de Petit (de Niort), se montrait assez partisan de la résection. D'après lui, comme il est presque aussi simple de faire une suture circulaire totale qu'une suture partielle, la résection devait être adoptée toutes les fois qu'on avait un doute sur l'intégrité de l'intestin.

La mortalité de la résection intestinale, à chaud, en pleine occlusion, est cependant telle qu'on recule devant cette opération qui, à d'autres égards, serait satisfaisante. On peut cependant tourner la difficulté au moins en partie, en procédant à l'entérectomie en plusieurs temps, après extériorisation, comme nous le verrons plus loin.

4° Quelle que soit l'intervention employée, il semble bien qu'il y ait un très grand intérêt à la compléter par l'évacuation extemporanée du liquide accumulé au-dessus du point d'arrêt. Nous nous sommes longuement expliqué déjà sur cette question qu'on a

mise à juste titre au premier plan de la thérapeutique des occlusions aiguës.

L'entérostomie large par suture à la paroi de l'incision intestinale est un moyen d'y parvenir. Bien qu'il ait pu donner des succès, ses inconvénients sont tels (dénutrition rapide, autodigestion de la paroi), qu'on ne saurait s'en servir qu'exceptionnellement.

D'autres techniques méritent de retenir davantage l'attention et tout d'abord la *fistulisation minima du grêle* exécutée sur l'anse dilatée par une technique rappelant celle de Fontan pour la gastrostomie ou de Witzel pour la jéjunostomie. De nombreux auteurs, tels Delore, Santy à Lyon, l'emploient très volontiers comme soupape de sûreté dans la chirurgie des occlusions, après traitement de la cause. Elle peut être réduite à une toute petite brèche de l'intestin, comporter ainsi le minimum d'inconvénients et elle pourra le plus souvent se fermer spontanément. Robineau la recommandait en 1921 dans une discussion de la Société de Chirurgie de Paris sur l'iléus biliaire.

R. Monod a rappelé les avantages de la ponction évacuatrice au trocart des anses distendues avec fermeture immédiate par un point en bourse. Lecène recommandait déjà ce moyen. Son action est peut-être un peu théorique, car il n'évacue guère que l'anse ponctionnée et, en réalité, son influence ne se fait pas sentir à distance.

Il faut retenir aussi le lavage de l'intestin au sérum chaud : d'après Morice, on doit faire passer deux litres de liquide. Mais cet expédient, étant donné les

bons résultats annoncés par ce chirurgien, ne serait pas sans valeur.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les méthodes opératoires utilisées habituellement dans l'iléus biliaire. Si l'on veut maintenant juger ces méthodes et préciser leurs indications, il nous semble que, mis à part les cas où l'on intervient de bonne heure, sur un grêle indemne et où la rapide extraction du calcul, suivie de réparation correcte de l'incision est évidemment le meilleur traitement, il faut bien convenir que contre les autres cas, contre ceux où le corps étranger a déterminé de graves lésions de l'épithélium, cette opération rapide et brillante risque d'être insuffisante. Nous avons essayé de montrer que l'on ne tenait pas assez compte ici des ulcérations compressives de la muqueuse : elles rendent mauvaises les sutures faites à leur niveau et, de plus, en permettant l'absorption du contenu intestinal toxique, elles entretiennent après l'opération une intoxication protéosique mortelle. Ainsi s'explique, selon nous, l'histoire désespérante de nombreux opérés d'iléus biliaire : malgré la suppression de l'obstacle, l'iléus ne cesse pas, la paralysie intestinale et le météorisme se maintiennent et malgré des opérations itératives, la mort survient (Delbet, Tavernier et Murard). La résection représente pour ces cas une solution logique puisqu'elle supprime le segment intestinal lésé, mais c'est une solution bien dangereuse comme le prouvent les résultats. Peut-être pourrait-on les améliorer en procédant ainsi :

1° Il y a des cas qu'on peut traiter par la simple

entérotomie avec levée de l'obstacle et suture, en y adjoignant soit le lavage du bout supérieur, soit la fistulisation minima de l'anse dilatée.

Cette conduite est indiquée chez les malades vus de très bonne heure, sans qu'il soit possible de fixer un nombre d'heures précis. Car l'indication de cette méthode n'est pas seulement une question de temps, elle résulte avant tout de l'état des tuniques intestinales : et nous soulignons bien que ce n'est qu'après incision et ablation du calcul qu'on pourra réellement se rendre compte, par l'examen interne du grêle, du degré exact de ses altérations. Il pourra arriver qu'au bout de 24 heures d'arrêt du calcul, la muqueuse ait un aspect complètement nécrotique, et qu'au contraire au bout de 6, 7 jours et plus de stationnement, grâce au volume modéré du calcul, la paroi intestinale ne présente que des altérations superficielles. Nous croyons pouvoir expliquer ainsi, par exemple, le succès obtenu par Lamare et Larget, après sept jours d'occlusion, chez une de leurs malades. Leur observation donne les dimensions du calcul : 3 cm. 5 de longueur et 2 cm. 5 de largeur, ce qui équivaut au volume d'un œuf de pigeon. D'ailleurs ces auteurs ne mentionnent pas de lésions de l'anse dans leur compte-rendu.

Selon nous, l'entérotomie simple avec extraction du calcul et suture, n'est donc de mise que si l'examen interne de l'anse laisse une impression favorable sur son intégrité.

2° Lorsque, après examen attentif de l'intestin, on se rend compte que la réintégration pure et simple

après suture de l'anse soulagée de son calcul, est aléatoire, soit par crainte de désunion de sutures douteuses, soit par risque de résorption toxique au niveau d'ulcérations graves de la muqueuse, nous croyons qu'il faut préférer une solution différente.

On commencera donc par établir entre les deux pieds de l'anse une anastomose latéro-latérale, au bouton de préférence, pour aller très vite.

Puis le ventre sera refermé sur l'anse maintenue extériorisée par deux points séro-séreux. Elle restera ouverte au niveau des lésions ulcératives déterminées par le cholélithe.

Cette manière de faire évitera dans une bonne mesure au malade les graves inconvénients d'une large fistule du grêle grâce à l'anastomose préliminaire et en même temps elle le préservera des accidents d'intoxication protéosique.

Par l'orifice de l'intestin, on pourra aussi laver les anses supérieures. Les jours suivants on tiendra en observation le segment extériorisé qu'on pourra laisser rentrer peu à peu, ou réséquer, au gré des circonstances et de la largeur de sphacèle.

Il y a sans doute bien des critiques à faire à cette conduite, et tout d'abord l'absence d'observations démonstratives. Mais elle représente un traitement logique et mieux vaut essayer de guérir lentement un malade par un procédé en plusieurs temps que de le tuer en 24 heures par une brillante opération. Cette remarque a été faite bien souvent pour toutes sortes de problèmes chirurgicaux.

Dans le cas de double calcul siégeant à peu de dis-

tance l'un de l'autre, on retombera à peu de choses près dans le cas du calcul unique et on pourra se comporter de même façon que dans l'hypothèse du calcul unique.

Si les calculs sont assez éloignés l'un de l'autre, comme cela s'était produit dans notre observation III, on sera dans l'obligation d'extraire chacun d'eux par une incision isolée et la résection ne pourra être envisagée que pour l'anse la plus malade.

TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE. — Nous employons intentionnellement le mot complémentaire pour bien indiquer que ce qui va suivre ne correspond selon nous qu'à des manœuvres adjuvantes du traitement chirurgical, mais qui, dans aucun cas, ne sauraient se substituer à lui.

Il est bien évident que l'intervention sera suivie de la mise en œuvre des stimulants et tonicardiaques habituels. Il est bien évident aussi qu'on pratiquera d'abondantes injections du sérum salé physiologique (2 à 3 litres par jour). Mais le point intéressant est dans l'utilité du sérum salé hypertonique. Que peut donner son emploi dans l'iléus biliaire ?

En 1928, lorsque MM. Gosset, Binet et Petit-Dutailis publièrent leur première observation envisageant les services que pourrait rendre le sérum salé hypertonique, intraveineux, ils écrivaient : « Dans l'iléus biliaire, la plus grave sans conteste des occlusions du grêle, celle qui donne opératoirement les pires résultats et celle qui est si comparable par son étiologie aux conditions mêmes de l'occlusion expérimentale,

nous croyons que les plus grands espoirs doivent être fondés sur cette méthode. »

Quelle a été la réponse des faits ou du moins celle des faits publiés ?

Le 29 novembre 1930 à la Société de Chirurgie de Paris, ces mêmes auteurs pouvaient faire état d'une observation, celle de Duboucher (d'Alger) qui était d'ailleurs un succès. Rappelons en deux mots qu'il s'agissait d'une femme de 72 ans, dont l'occlusion datait de 12 heures. A l'intervention, Duboucher trouva un calcul unique de volume d'une noix, qu'il refoula à 20 centimètres en amont de son siège et extirpa par une entérotomie suivie d'une suture à deux plans. Duboucher nous a très aimablement donné des détails sur le nombre des injections et sur les doses de sérum qui furent employés : une injection préopératoire de 20 cc. qui fut fait avant l'intervention. Elle fut suivie de suppression presque immédiate des vomissements, ce qui permit d'opérer dans la quiétude la plus complète. Deux injections de 20 cc. furent faites dans les 12 heures qui suivirent l'intervention. On fit en outre du sérum salé isotonique sous-cutané à raison d'un litre par jour, pendant deux jours.

Duboucher nous écrivait : « Ma malade âgée de plus de 70 ans n'éprouva aucun malaise, aucun signe défavorable ne fut observé, elle guérit très simplement. »

Nous avons recueilli une autre observation de guérison. Elle appartient à Roux-Berger qui l'a rapportée brièvement à la Société de Chirurgie de Paris, le 13 novembre 1929 : Une femme de 60 ans, en occlusion depuis trois jours, fut trouvée à l'intervention

porteuse de deux calculs dans son grêle, l'un de volume d'une noix, l'autre plus petit. Ils furent extraits par une seule entérotomie. Fermeture sans drainage; vers la fin de l'opération 20 cc. de sérum salé à 20 %. Le lendemain deux injections semblables. Guérison très simple.

Nous ferons remarquer en ce qui concerne l'observation de Duboucher que, au moment de l'opération, l'occlusion ne datait que de douze heures, que le calcul n'était pas très gros (une noix) et que, en l'absence de renseignements de l'état anatomique de l'anse, on peut se demander si la rechloruration doit être considérée comme un élément essentiel du succès.

Par contre, nous avons connaissance de trois cas défavorables. Le premier est de Lambret de Lille (Société de Chirurgie de Paris, 26 février 1930). Occlusion datait de six jours par calcul arrêté à la hauteur du derniers tiers du grêle. L'opération montra qu'il n'y avait pas de lésions de la muqueuse. Les vomissements fécaloïdes étaient incessants, la malade dans un état de toxémie profonde. Le sang contenait 1 gr. 70 d'urée, 5 gr. 38 de chlorure. Deux injections hypertoniques de 20 cc. à 10 % furent pratiquées. La mort survint 12 heures après.

Les deux autres insuccès sont nos observations II et III auxquelles on pourra se rapporter.

Nous nous garderions de conclure dans un sens négatif et croyons plus sage de dire avec Gosset, Binet et Petit-Dutaillis qu'il faut employer le sérum salé hypertonique, car c'est toujours une chance de plus qu'on donne aux malades.

CHAPITRE VI

Observations

Les observations suivantes nous ont été aimablement communiquées par notre Maître, M. le Professeur agrégé Guilleminet.

OBSERVATION I

Mme R..., femme de 59 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 12 juillet 1924, dans un état grave : vomissements d'odeur fécaloïde, extrémités froides, un peu de cyanose, mauvais pouls.

12 jours avant, la malade qui avait des crises douloureuses intermittentes à droite, en a présenté une particulièrement violente et longue.

Le 10 juillet l'occlusion apparaît avec vomissements répétés et suppression des gaz.

Localement, ventre très légèrement météorisé, mais dépressible, sans ondes visibles. On perçoit dans la fosse iliaque droite une petite masse, un peu douloureuse.

Le diagnostic en somme aurait pu être fait. Pendant

4 heures la malade est remontée par les moyens d'usage, puis je l'opère, le pouls s'étant amélioré.

Anesthésie générale légère au chlorure d'éthyle. Incision rapide à droite sur la tumeur. La main dans le ventre, on rencontre une anse renfermant un corps dur, et à ce simple contact on reconnaît qu'il s'agit d'un iléus biliaire. Il n'y a pas de traces de lésion extérieure de l'anse, aucune réaction péritonéale.

Entérotomie un peu au-dessus du calcul pour être en tissu sains ; extraction de la pierre qui a le volume et la forme d'un œuf de poule de longueur de 6 cm. 5 et de largeur de 3 cm. 5. Suture de l'anse à deux plans et fermeture de l'abdomen.

L'intervention a été rapide, 25 minutes environ, le pouls était resté bien perceptible quand la malade fut ramenée dans son lit.

Cependant, le lendemain, malgré le sérum physiologique en masse et les tonicardiaques, l'état était désespéré. Cette malade fut emmenée par sa famille et mourut chez elle.

OBSERVATION II

Mme Bu... Vve Ger..., 74 ans. Envoyée à l'Hôtel-Dieu le 12 juillet 1929 par son médecin qui a constaté des vomissements fécaloïdes et qui a fait le diagnostic d'occlusion. Mais comme cette femme n'a aucun passé, que l'examen ne révèle qu'un léger météorisme, que la température est presque nulle avec pouls bien frappé, le chirurgien de garde qui la voit préfère temporiser. La malade est encore vue le lendemain par un autre chirurgien et ce n'est que le 14 juillet au matin, deux jours après son entrée, que je suis appelé à l'examiner. Situation stationnaire, mais comme des vomissements sont réapparus, je

fais le diagnostic probable de néoplasme du gros intestin et décide d'agir tout de suite.

J'interviens sous anesthésie générale à l'éther. La malade est encore résistante, malgré son grand âge. J'incise à droite pensant n'avoir à faire qu'une cœcostomie. Le cæcum est plat et comme j'explore le ventre avec un doigt introduit dans la brèche, je sens un corps dur, mobile, et ramène une anse grêle très voisine de l'angle iléo-cæcal et qui contient un calcul. Il n'y a aucune lésion extérieure de l'anse : entérotomie, extraction d'une pierre du volume d'un gros œuf de pigeon de longueur de 4 cm., et de largeur de 2 cm. 5 ; suture à deux plans. La suture paraissant assez sténosante, je jette un bouton de Villars entre les deux pieds de l'anse et ajoute une iléostomie de décharge. Durée de l'opération 40 minutes. Bon poulx à la fin.

Traitement complémentaire intensif : tonicardiaques, sérum physiologique sous-cutané, sérum hypertonique intraveineux immédiatement à la fin de l'intervention, puis toutes les 4 heures dans les journées suivantes, à raison de 10 cc. de la solution à 20 %.

Rien n'y fait, la sonde placée dans l'iléostomie ne donne à peu près rien, aucun gaz.

Grosse ascension de température deux jours après et mort le 17 juillet, au troisième jour.

A l'autopsie. — Forte distension intestinale au-dessus du foyer d'occlusion comme si celle-ci avait persisté malgré la levée de l'obstacle. Aucune trace de péritonite. Au niveau de l'occlusion le mésentère est sain, sans thrombose apparente. L'anastomose au bouton et les sutures de l'entérotomie sont correctes et étanches. Par contre, en ouvrant l'intestin, on trouve au niveau du point où le calcul s'était arrêté une ulcération de la muqueuse, à fond sanieux, d'aspect lie vin et noirâtre. Il convient aussi de noter que, par suite d'une erreur de repérage, l'iléostomie a été placée au-dessous et non au-dessus de

l'obstacle. Cette raison ne me paraît pas suffisante pour expliquer la mort.

Il existe enfin des adhérences solides fixant le fond de la vésicule à la première portion du duodénum. Une fistule admettant le doigt fait communiquer les deux organes. Aucun calcul dans la vésicules et dans les voies biliaires.

OBSERVATION III

Mme Bess., ép. Bru..., 48 ans. Admise à l'Hôtel-Dieu le 8 novembre 1929 pour appendicite aiguë, a dit son médecin.

On a peu de peine à réformer le diagnostic et à dire occlusion, car il n'y a pas de signes véritables d'appendicite, et par contre la malade a vomi et a des ondes péristaltiques.

En ce qui concerne la cause on croit pouvoir penser à un iléus biliaire, en raison d'une histoire hépatique assez trouble que présente cette femme et que voici : Jusqu'en juillet 1929 la santé a été excellente, paraît-il, cette femme avait eu 12 enfants dont 7 sont vivants, bien portants. A la fin de juillet, très violente crise de colique hépatique, et depuis cette époque troubles digestifs vagues, pertes de forces et grand amaigrissement. En septembre, constatant un foie gros et bosselé, le médecin traitant a cru à une syphilis hépatique (Wassermann positif dans le sang) et a institué un traitement antisypélique.

Actuellement les vomissements se reproduisent depuis 15 jours, et il y a 4 jours, le 4 novembre, la malade a présenté une crise atrocement douloureuse à l'épigastre. Depuis cette époque, arrêt des gaz et des matières.

La femme est relativement jeune, 48 ans, l'état géné-

ral est encore bon : température 37°8, pouls bien frappé à 108, je l'opère donc immédiatement sous anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane et aussitôt je tombe sur une grosse anse qui renferme un calcul. Comme il y a de la distension au-dessus et au-dessous de l'obstacle et que le calcul présente une facette, je pense à un deuxième calcul que je trouve en effet 80 cm. plus bas. Premier calcul : de longueur de 4 cm. 5 et de largeur de 4 cm. Second calcul : de longueur de 3 cm. 5 et de largeur de 3 cm. 5. Il n'y a pas de péritonite, mais un peu de sérosité dans le ventre. Au niveau des calculs, l'intestin n'offre aucune altération extérieure.

Avec toutes les précautions d'usage, j'incise successivement l'intestin au niveau des deux corps étrangers, les extirpe et referme à deux plans de suture. Je m'aperçois alors que les facettes des deux calculs ne sont pas congruentes et j'annonce à mes assistants qu'il doit exister un troisième calcul quelque part. Une rapide exploration de l'intestin ne le décèle pas. Par contre, la main glissée vers le foie sent une masse dure dans la région vésiculaire. Je n'insiste pas.

Je referme rapidement après avoir pratiqué une iléostomie 10 cm. au-dessus de l'entérotomie la plus élevée.

Les suites ont été décevantes. Après trois jours, la malade, qui a reçu des injections intraveineuses régulières de sérum hypertonique à 10 %, fait ses premiers gaz.

Pendant tout ce temps, la sonde glissée dans l'iléostomie a donné issue en abondance à du liquide intestinal. Le quatrième jour, je crois la partie gagnée. Mais dès le soir de la quatrième journée, la situation s'aggrave brusquement, ascension de la température, délire. La malade arrache sa sonde. Elle meurt le sixième jour.

A l'autopsie. — On trouve l'anse fixée à la paroi pour l'iléostomie libre dans le ventre, il est vrai que la malade avait arraché sa sonde dans ses derniers moments.

Mais en outre les sutures de l'entérotomie la plus haute, en dessous de l'iléostomie, sont complètement désunies et il y a du liquide intestinal dans le péritoine. Au niveau de l'autre entérotomie les sutures ont tenu mais sont recouvertes d'exsudats purulents. En ouvrant l'intestin on trouve au niveau du siège des deux calculs des ulcérations sanieuses de la muqueuse.

Enfin, dans la région sous-hépatique on trouve une vésicule à parois noirâtres, presque sphacéliques, communiquant avec le duodénum par un orifice des dimensions d'une pièce de 5 francs. Un énorme calcul de 5 cm. sur 4 cm. à forme de barillet occupe la vésicule, s'adaptant parfaitement aux facettes des deux calculs extraits de l'intestin. Au total, la juxtaposition des trois calculs représente une masse ayant la forme d'une aubergine et mesurant plus de 11 cm. de longueur sur 4 cm. 5 de largeur maxima.

Il semble bien résulter des constatations nécropsiques que la mort est due à des accidents de désunion des sutures d'entérotomie. Cette désunion s'explique par la mauvaise qualité des tissus. Mais il convient de noter qu'ici aussi existaient de grosses altérations de la muqueuse.

Dartigues (Société des Chirurgiens de Paris, 7 mai 1926.)	Femme de 62 ans. Pas de passé biliaire. Occlusion précédée de phénomènes d'obstruction. Intervention un mois et demi après les phénomènes du début de la maladie et 15 jours après la dernière crise.	Les anses intestinales grêles sont dilatées. Un calcul de volume d'un gros œuf de pigeon se trouve à la partie terminale de l'intestin grêle, presque à la valvule de Bauhin.	Ouverture de l'intestin sur une longueur de 4-5 centimètres. Fermeture de l'intestin par 3 plans de suture. Pas de drainage. Suture de pari en trois plans.	Guérison.
Brodier (Société des Chirurgiens de Paris, 21 mai 1926.)	Femme de 40 ans. Occlusion intestinale typique. Intervention d'urgence dès les premières heures de l'arrêt absolu des gaz et des matières fécales.	Un calcul de 4 cm. de longueur sur 3 cm. de largeur siègeant à 2 cm. de la valvule iléo-cæcale.	Incision du grêle sur le calcul.	Guérison.
Santy (Société de Chirurgie de Lyon, 8 novembre 1928.)	Femme de 48 ans. Passé biliaire. Vomissements bilieux abondants. Au dessus de la symphyse pubienne une tuméfaction très douloureuse. Intervention 45 jours après des accidents abdominaux aigus.	La masse sus-pubienne est constituée par une anse grêle volumineuse, plissée et collée au dôme vésical. En la libérant, on trouve un abcès fétide correspondant à une perforation du diamètre d'une pièce de 50 centimes et on y trouve un calcul gros comme une noix verte. Perforation est à 50 cm. du cœcum.	Fermeture de l'entérotomie, résultant de l'élargissement de la perforation par 2 plans de suture. Anastomose latérale au bouton de Jaboulay entre les 2 pieds de l'anse et ce opératoire et extraction du bouton de Jaboulay après le débridement.	Guérison. Un mois après l'intervention, évacuation spontanée d'une collection par le bas de la cicatrice opératoire et ex-traction du bouton de Jaboulay après le débridement.
Bonniot (Société de Chirurgie de Lyon, 29 novembre 1928.)	Homme de 68 ans. Pas de passé biliaire. Occlusion à début brusque. Intervention 4 ^e jour après le début de l'occlusion.	Liquide louche dans le péritoine. Anse intestinale rouge et modérément distendue. Calcul gros comme un gros bouchon.	Entérotomie.	Guérison.

OBSERVATIONS	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	LÉSIONS CONSTATÉES	MODE D'INTERVENTION	RÉSULTATS
Lamare (Thèse de Fourrey, Paris, 1929.)	Femme de 59 ans. Passé biliaire. Occlusion précédée de phénomènes d'obstruction. Au toucher vaginal on sent un utérus petit, mo- bile et dans le cul-de-sac droit une masse ronde. Intervention le 7 ^e jour après le début des acci- dents.	Deux anses grêles dila- tées et congestionnées. Ascite claire. Un calcul de 3 cm. 5 sur 2 cm. 5 est logé dans une des dernières anses de l'i- léon et dont il marque nettement la limite entre une zone dilatée, conges- tionnée et pleine de liqui- de et une zone plate, pâle et vide.	Entérotomie longitudi- nale, extraction du calcul, entérorraphie transver- sale. Stock bouillon sur la suture intestinale.	Guérison.
Lamare (Thèse de Fourrey, Paris, 1929.)	Femme de 81 ans. Passé biliaire. Occlusion précédée de phénomènes d'obstruction. Intervention le 4 ^e jour après l'installation d'une occlusion absolue.	Un peu de liquide asciti- que. Au-dessus de l'obstacle les anses sont dilatées et congestionnées ; au-des- sous, elles sont petites, pâles, vides et atones. Calcul sphérique et de volume d'une prune de mirabelle.	Entérotomie longitudi- nale faite 3 cm. au-des- sous du calcul. Entérorraphie transver- sale en 2 plans. Suture de la paroi sans drainage.	Suppuration de la paroi et guéri- son.
Morice (Société Nationale de Chirurgie, 13 novembre 1929.)	Femme de 55 ans. Passé biliaire. Intervention 48 heures après le début des vomis- sements incessants.	Anses intestinales grêles extrêmement distendues. Calcul de dimension d'u- ne très grosse noix à en- viron 1 m. 50 de l'angle duodéno-jéjunal.	Entérotomie. Extraction du calcul. Lavage du bout supé- rieur avec deux litres de sérum chaud.	Guérison.
Morice (Société Nationale de Chirurgie, 13 novembre 1929.)	Femme de 48 ans. Passé biliaire. Occlusion précédée de phénomènes d'obstruction. Intervention 10 jours après le début de la crise.	Paroi intestinale est très amincie et très dis- tendue au-dessus de l'obs- tacle. Coloration rouge lie de vin. Calcul de dimension d'une petite mandarine à environ 1 m. de la valvule	Entérotomie de 5 cm. sur le bord libre de l'in- testin. Evacuation du liquide intestinal qui s'est trouvé au-dessus du calcul. Lava- ge du bout supérieur.	Guérison.

janvier 1930.)	phénomènes d'obstruction. Intervention 7 jours après le début des acci- dents.	Intervention 7 jours après le début des acci- dents.	Intervention 2 jours après le début des acci- dents.	Femme de 69 ans. Pas de passé biliaire. Intervention 2 jours après le début des acci- dents. Femme de 72 ans. Pas de passé biliaire. Intervention 12 heures après le début de la crise. Avant l'intervention l'injection intraveineuse de 20 cc. de sérum salé hypertonique. Les vomis- sements s'arrêtent. Femme de 69 ans. Pas de passé biliaire. Occlusion suivie de phé- nomènes d'obstruction. Intervention le 3^e jour après l'arrêt de gaz et de matières.	couverte d'exsudats puru- lents, pseudomembraneux de péritonite. Maximum des lésions de la paroi intestinale à l'en- droit où le calcul est ar- rêté : l'intestin aminci, translucide ecchymotique et frisable. A l'ouverture du ventre, l'issue du liquide louche. Ansens modérément dis- tendus. La paroi intesti- nale ne semble pas très altérée. Calcul de forme d'une demi-sphère de 3 centimètres de diamètre. Calcul de grosseur d'une noix qui est fixé par la contraction intestinale. Les adhérences serrées entre la vésicule biliaire et le duodénum. Les anses grêles n'étant pas très distendues, sont plus pleines que normale- ment et vascularisées d'u- ne manière exagérée. A 75 cm. du cæcum se trouve un calcul de volu- me d'une noix sur lequel l'intestin aminci est inti- mement collé.	Entérotomie transversale. Drain dans le Douglas. Refoulement du cal- cul dans la zone saine et incision transversale de l'intestin. Le voisinage de suture intestinale est lavé à la compresse imbibée de sé- rum hypertonique. Incision longitudinale dans le tissu sain Fermeture par 2 plans de sutures, l'un total, l'au- tre enfouissant.	Guérison. Guérison. Guérison.
----------------	---	--	--	--	---	---	--

Jean Quénu
(Société Nationale
de Chirurgie, 22
janvier 1930.)

Dubouché
(Société Nationale
de Chirurgie, 12
février 1930.)

Hartmann
(Société Nationale
de Chirurgie, 12
février 1930.)

OBSERVATIONS	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	LÉSIONS CONSTATÉES	MODE D'INTERVENTION	RÉSULTATS	AUTOPSIE
Leuret (Société des Chirurgiens de Paris, 2 juillet 1926.)	Femme de 65 ans. Pas de passé biliaire. Occlusion précédée de phénomènes d'obstruction. Intervention 3 jours après les phénomènes du début.	L'intestin grêle distendu dans sa moitié supérieure, 2 calculs.	Extériorisation de l'anse avec son contenu et fermeture du ventre. Incision de l'intestin sur un lit de compresse et extraction du calcul. 5^e jour après l'intervention, un fil-en-bourse a été placé pour diminuer l'orifice. Le même jour apparition du 2^e calcul.	Mort le 6^e jour après l'intervention.	
Santy (Société de Chirurgie de Lyon, 8 novembre 1928.)	Homme de 71 ans. Pas de passé biliaire. Brusquement, vomissements copieux, bilieux, se renouvelant 10 à 15 fois dans les 24 heures. La veille de l'intervention le malade est gorgé de sérum et on lui fait 3 lavages de l'estomac. Intervention 5^e jour après le début des vomissements.	Première anse jéjunale grosse comme un colon distendu et rempli de liquide. A 30 cm. de l'angle duodéno-jéjunal un calcul gros comme une mandarine, 10 cm. plus bas un autre calcul.	Entérotomie. Extraction de 2 calculs par la même incision. Ponction du grêle en amont, évacuation par aspiration du pus, d'un litre de liquide bilieux et mise en place, dans l'orifice de ponction, d'une sonde de Nélaton.	Mort le 3^e jour après l'intervention.	
Larget (Thèse de Fourrey, Paris, 1929.)	Femme de 65 ans. Passé biliaire. Vomissements de 3 calculs biliaires. Occlusion précédée de phénomènes d'obstruction. Intervention au 15^e jour après le début des accidents.	Cholécysto-duodéno-stomie spontanée. Le calcul dans la première anse jéjunale, à 15 cm. environ dans l'angle duodéno-jéjunal.	Entérotomie.	Mort 14 heures après l'intervention.	
Lamare (Thèse de Fourrey, Paris, 1929.)	Femme de 79 ans. Pas de passé biliaire. Occlusion précédée de phénomènes d'obstruction. Intervention 15 jours après le début des accidents.	Anses dilatées. Dans l'hypocondre droit une masse adhérente comprenant vésicule et anse grêle.	Entérotomie. Entérorraphie en plans et enfouissement par un surjet séro-séreux, colibacilles.	Mort le 7^e jour après l'intervention	

(Société Nationale de Chirurgie, 13 novembre 1929.)	grique révèle 15 jours avant l'apparition des accidents d'occlusion, l'existence du calcul enclavé dans le duodénum. En position verticale, la palpation révèle une sensibilité assez vive, un peu au-dessous et à droite de l'ombilic. Intervention 26 heures après le début de l'illéus.	Gros calcul obstruant totalement la lumière du grêle.	une suffusion sanguine assez abondante. Suture intestinale est parfaitement étanche. Bord inférieur et la face inférieure du foie sont intimement unis au duodénum par des adhérences péritonéales épiplœiques très serrées. 2^e calcul se trouve dans la vésicule, mais commence à faire saillie dans le duodénum.
Morice (Société Nationale de Chirurgie, 13 novembre 1929.)	Femme. Intervention le 4^e jour après le début des vomissements.	Intestin grêle distendu, de coloration rouge foncé. Le calcul gros comme un demi-citron à environ 1 m. de la valvule iléo-cæcale. Le deuxième calcul à environ 20 cm. plus bas que le premier, de la même dimension.	Incision longitudinale de 10 cm. On laisse s'écouler au dehors le contenu intestinal et on fait un lavage de l'intestin en y faisant passer plusieurs litres de sérum chaud. Suture de l'intestin par 3 surjets superposés. On fait de même pour le calcul inférieur.
Mort le 10^e jour après l'intervention d'une péritonite.	Le péritoine contenait un liquide jaunâtre composé en grande majorité de bile. Sutures intestinales en parfait état de cicatrisation. Le liquide est plus abondant dans l'hypocondre droit. Perforation de la vésicule biliaire et du bulbe duodénal (cholecystoduodénostomie spontanée). Pas d'adhérence dans cette région.	Le péritoine contenait un liquide jaunâtre composé en grande majorité de bile. Sutures intestinales en parfait état de cicatrisation. Le liquide est plus abondant dans l'hypocondre droit. Perforation de la vésicule biliaire et du bulbe duodénal (cholecystoduodénostomie spontanée). Pas d'adhérence dans cette région.	une suffusion sanguine assez abondante. Suture intestinale est parfaitement étanche. Bord inférieur et la face inférieure du foie sont intimement unis au duodénum par des adhérences péritonéales épiplœiques très serrées. 2^e calcul se trouve dans la vésicule, mais commence à faire saillie dans le duodénum.

OBSERVATIONS	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	LÉSIONS CONSTATÉES	MODE D'INTERVENTION	RÉSULTATS	AUTOPSIE
Jean Quénu (Société Nationale de Chirurgie, 22 8 janvier 1930.)	Femme de 57 ans. Pas- sée biliaire. Intervention 28 jours après le début des accidents.	De l'ouverture du péri- toine issue de liquide séro- sanguant en grande abon- dance. Sur l'intestin, au niveau du calcul, l'infiltration verdâtre dans le mesen- tère, par une fissure de ce mésentère, s'échappent quelques gouttes de liqui- de intestinal. L'intestin est perforé au niveau de son bord mésentérique. La muqueuse de l'intestin est ulcérée, réduite en bouil- lie. Le calcul est gros com- me un gros bouchon. L'an- se intestinale réséquée montre après l'incision une large ulcération à l'endroit où se trouvait le calcul.	Réséction de l'anse sur une longueur de 20 cm. et du coin mésentérique. Entéro-anastomose ter- mino-terminale difficile à cause du mésentère gras. Drain, dans le Dou- glas.	Mort quelques heures après l'in- tervention.	Les anses grêles rouges violacées. Dans l'anse intes- tinale au niveau du calcul une plaque de sphacèle gris noirâtre, longue de 2 cm. sur 1 cm. sur le point de se déta- cher car elle est plus que feuille morte mais ramol- lie, complètement terne. L'orifice qui faisait communi- quer la vésicule et le duodénum est
Paviot et Mougnier (Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 28 octobre 1930.) (1)	Femme de 67 ans. Passé biliaire. Occlusion précé- dée de phénomènes d'obs- truction.	Pas d'intervention chi- rurgicale.		Mort le 20 ^e jour après le début des accidents.	

(1) Dans cette ob-
servation l'interven-
tion chirurgicale n'a
pas été pratiquée,
mais nous la pu-
blions pour son

CHAPITRE VII

Critiques des résultats

Ainsi que nous l'avons annoncé au début de notre travail, nous nous sommes demandé si l'on pouvait vraiment parler à l'heure actuelle d'une amélioration du pronostic de l'iléus biliaire grâce à un traitement chirurgical mieux conduit et grâce au traitement adjuvant du syndrome humoral. Nous avons dans ce but passé en revue les observations publiées depuis dix ans aux Sociétés Chirurgicales de Paris et de Lyon. Assurément, cette statistique est très incomplète, mais telle quelle comporte au moins 62 observations, ce qui nous paraît constituer un chiffre déjà suffisant pour porter un jugement moyen. Sur ce nombre, on compte 24 succès et 38 échecs, soit 62 % d'échecs.

Comme on le voit, si on prend les résultats en bloc, on arrive sensiblement au même chiffre que ceux donnés jusqu'ici : Kirmisson et Rochard 75 %, Raymond 67 %, Daraignez 68 %. Récemment, Alberto

Guitierrez de Buenos-Aires donnait une statistique de 15 cas avec 8 morts, soit 53 %, mais ce chiffre a été considéré par ce chirurgien argentin comme en dessous de la vérité. Il est bien probable d'ailleurs qu'en France, les discussions soulevées à propos de l'iléus biliaire ont dû provoquer la publication de nombre de succès, sans amener peut-être celles de tous les échecs.

Nous avons également, en nous en tenant aux seules observations récentes et détaillées, cherché à nous rendre compte de ce qui pouvait expliquer les guérisons ou les morts enregistrées. Nous avons ainsi compulsé 22 observations dont 12 succès et 10 échecs.

Ces succès appartiennent à Bonniot 1 cas, Santy 1 cas, Dartigues 1 cas, Brodier 1 cas, Lamare 2 cas, Morice 2 cas, J. Quénu 2 cas, Duboucher 1 cas, Hartmann 1 cas.

En ce qui concerne la précocité de l'intervention et en tenant compte de l'imprécision parfois inévitable de chiffres donnés, on peut dire que sur 12 malades guéris 7 ont été opérés dans les tout premiers jours dont 4 avant le deuxième jour, les autres ont été opérés plus tardivement, mais chez la plupart d'entre eux on peut noter que le calcul était de dimension modeste (œuf de pigeon, petite noix, etc.). On constate également que les comptes rendus ne mentionnent pas en général des altérations sérieuses de l'anse obstruée. Exception doit être faite cependant pour la première malade de J. Quénu, opérée le septième jour, dont le calcul était gros comme une châtaigne et l'intestin en très mauvais état avec l'anse en état

de perforation. Il faut excepter aussi le cas de Santy opéré, semble-t-il, au bout d'une semaine d'occlusion, dans laquelle on trouva un calcul gros comme une noix verte, et une anse perforée avec foyer de péritonite enkystée. Cette dernière malade est la seule à avoir été traitée par opération un peu complexe, puisqu'elle subit une extraction de son calcul par la perforation élargie. Une suture de cette brèche fut suivie d'une anastomose latéro-latérale entre les deux pieds de l'anse et d'une iléostomie de décharge en amont. Toutes les autres malades ont été opérées par entérotomie, extraction du calcul et suture.

Une seule a reçu des injections répétées de sérum salé hypertonique intraveineux, mais il est à remarquer que Duboucher opéra cette malade à la douzième heure, que le calcul n'était que de dimension d'une noix et que l'anse, si on s'en tient à l'observation, ne semble pas avoir été bien altérée.

Si on peut se permettre de tirer de ces faits des conclusions bien fragiles, on peut dire que les éléments favorables sont la grande précocité de l'intervention et tout au moins la petitesse du calcul qui a moins de chances de léser gravement les parois intestinales. Les petites dimensions de l'obstacle permettent une certaine filtration des liquides et des gaz qui diminue d'autant les risques de l'intoxication des malades. Sauf chez une des malades de J. Quénu et chez la malade de Santy il ne paraît pas que l'anse ait été bien endommagée par la pierre. Il nous semble que cette intégrité de l'intestin est très favorable pour le bon pronostic.

En faisant la contre-épreuve pour les observations suivies d'échec, on se rend compte que la date moyenne de l'intervention a été ici de six jours, alors que la moyenne des malades guéris a été opérée le quatrième jour. On remarque aussi que le plus souvent il s'agit du calcul volumineux.

Il est à signaler que la malade de Leuret a été traitée par extériorisation et ouverture de l'anse après fermeture du péritoine, mais il n'y avait été fait d'anastomose entre les deux anses.

Comme nous l'avons dit plus haut, les conclusions qui se dégagent de cette étude comparative n'ont que la valeur restreinte des conclusions tirées des statistiques disparates, en tout cas elles se conforment à la logique.

Conclusions

I. — L'iléus biliaire a été considéré jusqu'ici comme une occlusion à pronostic extrêmement grave, dont la mortalité opératoire dépassait 60 %. Une série des succès récemment publiée permet de se demander si l'amélioration de la technique chirurgicale et l'utilisation des injections intraveineuses de sérum salé hypertonique ont nettement modifié ce pronostic très sombre.

II. — Il faut rappeler que les malades atteints de cette affection sont presque toujours des femmes âgées, à foie taré et que les caractéristiques de cette occlusion sont d'être une occlusion du grêle à évolution souvent sournoise, lente et par suite rarement diagnostiquée et opérée tardivement.

III. — Au point de vue anatomique, il faut insister sur le rôle important que doivent jouer les lésions intimes de l'anse obstruée et des anses dilatées sus-jacentes : éraillures, fissurations, ulcérations compressives au niveau du calcul.

Ces lésions, pas toujours appréciables à l'examen extérieur des anses, servent de porte d'entrée aux ré-

sorptions toxiques et facilitent l'intoxication protéosique.

IV. — Cliniquement, le diagnostic peut se faire plus souvent qu'on ne le dit si l'on se met en mesure, par un interrogatoire bien conduit, de mettre en évidence le passé biliaire de ces malades qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le dit.

Le diagnostic est également basé sur le caractère lent et presque intermittent de ce mode d'occlusion, sur la constatation par la palpation, par le toucher d'une tumeur particulièrement dure et, enfin, sur la radiographie, souvent positive, et qui mérite d'être faite, quand il y a doute.

V. — Il semble résulter des faits que pour améliorer le pronostic de cette redoutable complication de la lithiasé, il faut opérer de très bonne heure, devançant ainsi le moment où les lésions de l'anse deviendront profondes et où l'intoxication des malades sera irrémédiable.

L'opération faite précocement sur un intestin encore sain pourra se limiter à une simple taille de l'anse suivie d'extraction du calcul et de suture.

Le lavage des anses sus-jacentes et l'iléostomie de décharge semblent de pratique recommandable.

VI. — Dans le cas d'occlusion ancienne ou lorsqu'on aura constaté des lésions manifestes des tuniques internes du grêle, il semble qu'on pourrait, au lieu d'une résection, opération très grave dans ces

conditions, se borner à extérioriser l'anse, après avoir établi une anastomose entre ses deux pieds. L'anse sera ouverte en dehors du ventre, restera fistulisée et sera éventuellement réséquée plus tard.

VII. — L'utilisation chez ces malades du sérum salé hypertonique est certainement à conseiller, mais les faits publiés ne prouvent pas encore que le pronostic de l'iléus biliaire s'en trouve bien modifié.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 17 Avril 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

Il nous est impossible de faire une bibliographie complète : nous ne rapportons ici que les travaux récents et les plus importants. Pour les autres publications, il sera facile de se rapporter aux bibliographies des thèses antérieures que nous indiquons.

- BÉRARD. — Discussion sur l'iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Paris*, 25 mai 1921.
- BONNECAGE et LE CHAUX. — Iléus biliaire. *Archives de Maladies de l'Appareil digestif*, mars 1924.
- BONNIOT. — A propos du diagnostic de l'iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Lyon*, 29 novembre 1928.
- BRODIER. — Iléus biliaire. *Société des Chirurgiens de Paris*, 21 mai 1926.
- COCHEZ. — Iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Paris*, 24 novembre 1926.
- DARAIGNEZ. — De l'occlusion intestinale par calculs biliaires. *Thèse de Bordeaux*, 1925.
- Iléus biliaire. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1925.
- DARTIGUES. — Iléus biliaire. *Société des Chirurgiens de Paris*, 7 mai 1926.
- DELBET. — Discussion sur l'iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Paris*, 11 mai 1921.

- DENIS. — Le « Syndrome humoral » de l'occlusion intestinale. Les bases physiologiques de la thérapeutique salée. *Thèse de Lyon*, 1929.
- DUBOUCHER. — A propos de l'iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Paris*, 12 février 1930.
- FOURREY. — A propos de quatre observations de l'iléus biliaire. *Thèse de Paris*, 1929.
- GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS. — De la valeur du chlorure de sodium employé en solution hypertonique et à haute dose comme moyen curatif ou préventif de l'intoxication dans les occlusions du tube digestif. *Presse Médicale*, 7 janvier 1928.
- GUILLEMINET. — Conduite à tenir dans l'iléus biliaire aigu. *Lyon Chirurgical*, janvier-février 1930.
- LERICHE et COTTE. — De l'iléus biliaire. *Gazette des Hôpitaux*, 1908.
- LEURET. — Iléus biliaire. *Société des Chirurgiens de Paris*, 2 juillet 1926.
- MOCQUOT. — Discussion sur l'iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Paris*, 18 mai 1921.
- MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen. Masson, éd., 1930.
- MORICE. — Iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Paris*, 13 novembre 1929.
- PAVIOT et MOULINIER. — Iléus biliaire. *Lyon Médical*, 21 décembre 1930.
- QUÉNU. — Iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Paris*, 22 janvier 1930.
- RAYMOND. — De l'occlusion intestinale par calculs biliaires et surtout de son traitement. *Thèse de Lyon*, 1897.
- ROUX-BERGER. — Iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Paris*, 13 novembre 1929.
- SANTY. — Iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Lyon*, 8 novembre 1928.
- TAVERNIER et MURARD. — Iléus biliaire. *Lyon Médical*, 1914.

TÉMOIN. — Obstruction intestinale simulant une appendicite aiguë due à un volumineux calcul biliaire enclavé au niveau de la valvule iléo-cæcale. *Société de Chirurgie de Paris*, 4 décembre 1929.

DE VERNEJOUL. — Iléus biliaire. *Société de Chirurgie de Marseille*, 8 novembre 1926.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	9
Introduction	11
CHAPITRE PREMIER. — Historique	13
CHAPITRE II. — Données étiologiques, anatomiques et physio-pathologiques	17
CHAPITRE III. — Causes de la gravité de l'iléus bi- liaire	31
CHAPITRE IV. — Etude clinique et diagnostic de l'iléus biliaire	39
CHAPITRE V. — Traitement de l'iléus biliaire	49
CHAPITRE VI. — Observations	61
CHAPITRE VII. — Critiques des résultats	73
Conclusions	77
Bibliographie	81



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



